＜ 問 診 票 ＞

日付　　年　　月　　日

この問診表は、治療を受けていただく時の参考にさせていただくものです。患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して受付窓口に提出してください。なお、わからない所は空欄のままで結構です。

ふりがな 氏 名	男 ・ 女	生年月日 M・T・S・H　年　月　日（　歳）
住 所	郵便番号　－	自宅電話 （　　）　－ 携帯電話 （　　）　－
勤務先名		勤務先電話番号（　　）　－

1. どのような症状でおみえになりましたか。

・いつからですか。 【　　】 例:2月1日夜から 1年前から
・具体的な症状をお伺いします。 下記に丸をつけてください。

〈かぜ症状〉 熱 ・ 寒け ・ のどの痛み ・ せき ・ たん ・ 鼻水/鼻づまり ・ 関節痛 ・ だるさ

〈お腹〉 腹痛 ・ 胃痛 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘

〈頭〉 頭痛 ・ めまい ・ ふらふらする

〈胸・からだ〉 胸痛 ・ 動悸(どうき) ・ 息苦しさ ・ 胸の圧迫感 ・ 顔や身体のむくみ

〈その他〉 皮膚のできもの ・ 手足のしびれ ・ からだの痛み【 部位: 】

慢性的な疾患 : 高血圧 ・ 糖尿病 ・【 】

健診で異常を指摘された （健診結果があれば提出して下さい）

それ以外の症状【 】

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか。【 はい ・ いいえ 】

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ 癌【 部位: 】
その他【 】

3. 今までに手術をしたことがありますか。【 はい ・ いいえ 】
いつ【 】 どのような手術【 】

4. 現在内服中の薬がありますか。【 はい ・ いいえ 】 お薬手帳をお持ちの方は提出してください。
内服薬名【 】

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか。【 ある ・ ない 】 下記に具体的にご記入ください。
【 】

6. 女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか。【 はい ・ いいえ ・ 可能性がある(最後の生理: 月 日から)】

授乳中ですか。【 はい ・ いいえ 】

7. 何か気になることがございましたらお書きください。
【 】

医療法人社団広仁会 広瀬病院